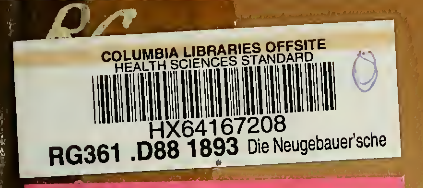




Die Neugebauer'sche Operation.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde in der Medicin und Chirurgie,

welche

mit Genehmigung der hohen medicinischen Fakultät

der

vereinigten Friedrichs-Universität Halle-Wittenberg

zugleich mit den Thesen

Sonnabend, den 25. März 1893, Mittags 12 Uhr

öffentlich vertheidigen wird

Karl Dullaeus,

approb. Arzt

aus **Rade** (Rheinprovinz).

Referent: Herr Geh.-Med.-Rath Prof. Dr. **Kaltenbach.**

Opponenten:

Herr **Edmund Venediger,** cand. med.
Herr **Carl Leverer,** cand. med.



Halle a. S.,
Hofbuchdruckerei von C. A. Kaemmerer & Co.
1893.

Imprimatur
Dr. J. Bernstein
h. t. Prodecanus.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit.





Der Vorfall des Uterus ist schon von den ältesten Zeiten an beobachtet worden, schon Hippokrates und Soranus erwähnen ihn, ja letzterer widerlegt schon die irrigen Ansichten seiner Vorgänger über das Wesen und die Therapie des Prolapses. Es ist dies um so weniger auffallend, da der Vorfall ein so weit verbreitetes Leiden ist. Unter den vielen Versuchen, den Vorfall zu heilen, finden sich bei Soranus schon Vorschriften über die operative Behandlung desselben, da man wahrscheinlich schon zu der Zeit die Erfahrung gemacht hatte, dass der Prolaps jeder anderen Therapie, wenigstens in allen schweren und ausgebildeten Fällen trotzt, und eine radikale Heilung des Prolapses nur auf operativem Wege erfolge. Auch die mechanische Behandlung des Vorfalles, wie die Pessar- und Hysterophorbehandlnng konnte auf die Dauer weder den Arzt noch auch die Patientin befriedigen. Der Arzt blieb unzufrieden mit dem Erfolg, der in den meisten Fällen doch nur ein temporärer war, und nur in einer geringen Anzahl und bei wenig ausgebildetem Leiden eine definitive Heilung trotz jahrelanger Mühen erzielen liess, und die Kranken hatten neben der fortwährenden Abhängigkeit von ihrem Arzte, alle jene Unannehmlichkeiten

mit in den Kauf zu nehmen, welche sich bei längerem Tragen der Pessarien einzustellen pflegten.

Es blieb eben die mechanische Behandlung des Prolapses im Grossen und Ganzen doch nur eine symptomatische, die in einzelnen Fällen bei peinlichster Aufmerksamkeit allerdings im Stande war, den Kranken ihr Leiden erträglich zu machen und ihre Arbeitskraft der Gesellschaft und der Familie zu erhalten.

Einen gewissen Ruf wusste sich auch die von Seyfert angegebene Therapie des Prolapses zu verschaffen, der vorschlug, durch eine während langer Zeit fortgesetzte Rückenlagerung der Kranken mit täglich mehrfach wiederholten Irrigationen der Scheide und der Portio, den Prolaps in Angriff zu nehmen. In ganz frischen Fällen, wenn der Prolaps höchstens 3—4 Wochen bestand, hat Seyfert von dieser Methode gute Erfolge nach 6—7 wöchentlicher Kur gesehen.

Bei allen älteren Fällen erwies sich die Methode als unzureichend, und war ausserdem bei Patientinnen der arbeitenden Klasse kaum durchführbar. Es ist daher begreiflich, dass schon früh den Gynaekologen der Gedanke und Wunsch aufstieg, den Prolaps auf operativem Wege radical zu heilen. Da die pathologischen Verhältnisse bei den Prolapsen so ausserordentlich wechselnde sind, so war es natürlich, dass auf sehr verschiedene Art eine chirurgische Behandlung des Prolapses in Anwendung gebracht wurde. Hauptsächlich kann man zwei Entstehungsarten des Prolapses unterscheiden. Entweder invertiert sich zuerst die Scheide, und übt einen Zug auf den Cervix aus, oder den ersten Anstoss zur Bildung eines Prolapses giebt der Uterus durch Hypertrophie besonders des Collum und stülpt erst secundär die Scheide ein. Als Angriffspunkt der Behandlung wurde entweder die Vulva, die Vagina oder der Uterus gewählt, oder auch zwei dieser Stellen zugleich. Denjenigen, welche nur die Vulva als Angriffsstelle wählten, schwebte der Gedanke vor, durch Ver-

längerung der Gewebsmasse zwischen Scheide, Mastdarm und Vulva dem nach unten drängenden Uterus hiermit einen Damm entgegenzustellen.

Fricke war der erste, der dies durch Anfrischung beider grossen Labien und derer Vereinigung durch die Naht zu erreichen suchte. In den seltensten Fällen jedoch wurde hierdurch eine definitive Heilung erzielt, da Scheide und Uterus bald das Hinterniss durchbrechen. Bessere Resultate hatten die Operationsmethoden zu verzeichnen, welche durch Verminderung des Gewichts des Uterus und durch Anfrischung an der vorderen- oder hinteren Wand der Vagina wodurch dieselbe mehr oder weniger verkürzt wurde, eine Heilung anstrebten. Für die in manchen Fällen erfolgreiche Excision des Collum uteri, den Anstoss gegeben zu haben, hat Huguier das grosse Verdienst, der zuerst auf das Allongement des Collum als aetiologisches Moment für folgenden Prolaps des Uterus aufmerksam machte. Ganz besonders nach erfolgtem Dammriss sind die Vorbedingungen für den Vorfall um so erheblicher, je weiter die Ruptur gediehen ist. Zunächst entsteht durch den Zug der tiefer getretenen Scheide ein Ectropium der Portio, welches um so grösser wird, je besser noch der Fundus, sei es durch physiologische, sei es durch pathologische Ligamente fixirt wird. Wenn auch nicht in allen Fällen die Excision des Collum für sich alleine vollständige Heilung erzielte, so ist dieselbe doch als unterstützende Operation bei der Behandlung des Prolapses nicht zu unterschätzen. Die besten Resultate erreichte Hegar durch die Kolpoperineorrhaphie auch in solchen Fällen noch, bei denen die Erschlaffung der Scheide und des Beckenbodens bereits eine sehr hochgradige war.

Den oben angeführten Operationsmethoden lag das Princip zu Grunde durch Verminderung des Gewichtes des Uterus und durch Entgegenstellen einer vermehrten Dammmasse nebst Verkürzung der Vagina durch Excision von Lappen, deren Ränder vernäht wurden, einer erneuten

Inversion der Vagina vorzubeugen und ohne Beeinträchtigung der Functionen des Weibes eine radicale Heilung des Prolapses herbeizuführen.

In seltenen Fällen ist es nun gestattet, von diesen Principien bei der operativen Behandlung des Prolapses in so fern abzuweichen, als man auf die sexuellen Functionen der Kranken keine Rücksicht zu nehmen braucht. Es betrifft dies die Fälle von Prolaps, deren Trägerinnen entweder Matronen sind, d. h. jenseits des Klimax stehen, oder solche, die aus irgend einer anderen Ursache in geschlechtlicher Beziehung als Invaliden anzusehen sind, und deren Vagina für sexuellen Verkehr nicht in Anspruch genommen wird. Es war zuerst der französische Arzt Romain Gérardain in Metz, der die Aufmerksamkeit der Gynaekologen auf eine neue operative Therapie des Prolapses, für die eben angedeuteten Fälle passend, lenkte. Da jedoch derselbe keinerlei praktische Belege für die Ausführbarkeit und Brauchbarkeit seines Verfahrens beibrachte, so blieb dasselbe nur ein Vorschlag, der bestimmt zu sein schien, der Vergessenheit anheim zu fallen. Erst ungefähr 40 Jahre später machte L. A. Neugebauer, Director eines Warschauer Krankenhauses wieder auf diese Behandlungsmethode des Prolapses aufmerksam, indem er zugleich einzelne Fälle bekannt machte, bei denen diese Art der Behandlung, er selbst nannte sie „Kolporrhaphia mediana" von dauerndem und vollständigem Erfolge begleitet war.

Es sind eben immer nur einzelne Fälle, in denen diese Art der Therapie eingeschlagen werden kann, da nur höchst selten die Bedingungen vorliegen, welche es gestatten, ohne Rücksichtnahme auf die sexuellen Functionen des Weibes die Therapie des Prolapses in Angriff zu nehmen. Im Gegensatze zu den früheren, bei der Operation des Prolapses zu Grunde liegenden Principien, welche die facultas coeundi et generandi vor allem zu respectiren hatten, ging L. A. Neugebauer von dem Princip aus, die Inversion der Scheide zu verhindern und den reponirten Vorfall durch

einen Verschluss der Vagina und durch Vorlegen einer möglichst breiten Gewebsmasse in die Vagina zu fixieren, sodass dem nach unten drängenden Uterus ein Halt gegeben würde.

Es leuchtet ein, dass daher seine Operation des Prolapses nur dann in Anwendung gebracht werden kann wo die Vagina nicht mehr als Begattungsorgan in Betracht kommt. Wenn wir uns vergegenwärtigen, wann dies letztere der Fall ist, so sind von vorneherein jene Fälle von Prolaps von der Behandlung mittelst Kolporrhaphia mediana auszuschliessen, welche in der geschlechtlichen Blüthezeit des Weibes zur Behandlung kommen, da es keinesfalls gestattet sein kann, die normale geschlechtliche Function des Weibes aufzuheben, und der Prolaps an und für sich beeinträchtigt dieselbe durchaus nicht, im Gegenteil, begünstigt derselbe sogar die Conception.

Ferner sind auch jene zwar seltenen Fälle von Prolaps, deren Entstehung vor die geschlechtliche Blüthe des Weibes, in die Kinder- oder Mädchenjahre fällt, von der medianen Scheidennaht auszuschliessen, da man doch nicht die spätere Function der Sexualorgane vernichten darf.

Beide Punkte bedürfen jedoch insoweit einer Einschränkung, als dennoch einmal ein Prolaps vor oder in der geschlechtlichen Blüthezeit, Gegenstand dieser Art der Therapie werden kann, wenn nämlich durch irgend welche Anomalien oder pathologischen Veränderungen in den weiblichen Genitalien die Zeugungsfähigkeit mit absoluter Sicherheit als nicht vorhanden festgestellt ist. Unter den vielen Verhältnissen, die als Ursachen der Sterilität des Weibes gelten können, hat man absolute und relative streng von einander zu scheiden, bevor man der Frage der operativen Behandlung mittelst Kolpokleise näher treten kann.

Absolute unheilbare Sterilität kann bedingt werden, wenn Fehlen der Ovarien, Aplasie oder Hypoplasie der Genitalien, welche die immissio penis schlechterdings

unmöglich machen, sicher constatiert sind. Von den anderen pathologischen Veränderungen sind es besonders Atresien in irgend einem Theile des weiblichen Genitaltraktes, die das Eindringen von Sperma und hiermit die Befruchtung des Eies unmöglich machen, falls dieselben einer Therapie nicht zugänglich sind.

Die übrigen pathologischen Veränderungen im Genitalapparat des Weibes bedingen nur in seltenen Fällen absolute Sterilität.

Hierher zu rechnen wären Katarrhe der Scheide oder des Cervix, die bei sauerer Reaction des Sekrets die Lebensfähigkeit der Spermatozoen vernichten, oder fehlerhafte Stellung des Corpus uteri mit Abknickung des Canalis cervicalis, ferner chronische Entzündungen der Tube mit Abschluss des ostium uterinum, da in den meisten Fällen nicht beide Tuben betroffen sind.

Ganz besonders sind noch die Erkrankungen der Uterusschleimhaut und die Neubildungen des Uterus, welche teils Sterilität bedingen, teils zum Absterben des befruchteten Eies führen, zu erwähnen. Diese angeführten Veränderungen würden die Kolporrhaphia mediana nur in dem Falle zulassen, dass es einer zweckentsprechenden Behandlung nicht gelingen sollte, die normalen geschlechtlichen Functionen wieder herzustellen.

Nur in einem Falle noch kann die mediane Scheidennaht zur Heilung eines Prolapses, welcher vor oder in die geschlechtliche Blüthe des Weibes fällt, in Anwendung kommen. Da bekanntlich in manchen Fällen von beiderseitiger Erkrankung der Ovarien, wie bei chronischer Oophoritis oder Ovarialcysten nur durch Exstirpation der Ovarien das Leben der Kranken erhalten werden kann, und durch diesen anticipirten Klimax die Fortpflanzungsfähigkeit aufgehoben wird, so wäre in solchen Fällen noch die Kolpokleise zur Heilung eines eventuellen Prolapses am Platze. Dasselbe würde auch noch bei jenen Fällen von Myomen des Uterus in Betracht kommen, bei denen

man berechtigt ist, durch die Castration den Blutzufluss zum Uterus zu vermindern und somit eine Involution und Schrumpfung der Myome herbeizuführen.

Es ist demnach ersichtlich, dass das Hauptgebiet für die Kolporrhaphia mediana in die Zeit nach dem Klimax fällt, eine Zeit, welche das Entstehen der Prolapse in mehr wie einer Beziehung begünstigt.

Meistens fällt diese Zeit an das Ende der vierziger, spätestens Anfang der fünfziger Jahre. Natürlich kommen individuelle Abweichungen vor, und würde man sich im gegebenen Falle nicht allein durch das Alter der Patientin bestimmen lassen dürfen die Kolporrhaphia mediana auszuführen. Besonders erschöpfende Krankheiten und solche die mit allgemeinen Circulationsstörungen zugleich eine mangelhafte Ernährung der Sexualorgane zufolge haben, bewirken in seltenen Fällen schon vor dem dreissigsten Lebensjahre die vollständigen Cession der geschlechtlichen Function. Doch abgesehen von diesen, immerhin selten zu bezeichnenden Fällen fasst das normale Klimacterium viele Momente in sich, die Prolaps verursachen und so die Indication zur Kolporrhaphia mediana abgeben können. Dass der Prolaps häufig durch das Klimacterium begünstigt wird, liegt in den physiologischen Veränderungen, welche zu dieser Zeit einzutreten pflegen Mit dem Schwund des subcutanen Fettgewebes geht der des parametranen parallel. Hierdurch werden die Ligamente erschlafft, und vermögen nicht mehr den Uterus in normaler Lage zu halten. Ebenso ist die Vagina weit, häufig durch vorhergegangene Geburten, und ebenfalls durch den Schwund des Fettes gelockert, wodurch die Verhältnisse zu einer Inversion der Scheide günstig sind. Leicht kommt es dann durch Zug seitens der Vagina am Collum des durch senile Atrophie kleiner gewordenen Uterus zuerst zu einem descensus uteri, mit secundärem Prolaps des Organes.

Im übrigen können ja auch im Klimakterium alle jenen Umstände, die als praedisponierende Momente gelten, das Zustandekommen eines Prolapses begünstigen.

Nachdem wir so kurz die Bedingungen gesehen haben, unter denen die Kolporrhaphia mediana ausgeführt werden darf, möge es gestattet sein, die Indicationen zur Operation anzuführen. Indicirt ist die Operation nur dann, wenn eine mildere Therapie aussichtslos auf Erfolg erscheint, und nicht allzu ungünstige Verhältnisse die Operation überhaupt unmöglich machen, oder ihren Erfolg in Frage stellen.

Am günstigsten liegen die Verhältnisse zur Neugebauerschen Operation bei Prolapsen alter Frauen, bei kleinem Uterus und nicht zu hypertrophischer Scheide. Auch zu weit klaffende Vulva ist als ein ungünstiges Moment für die mediane Scheidennaht anzusehen und daher die Operation am besten für jene Falle auszuwählen, wo schon eine senile Involution der Sexualorgane eingetreten ist. Noch ganz besonders eignet sich die Neugebauer'sche Kolporrhaphie für diese Fälle, wegen der geringen Verletzungen die mit ihrer Ausführung verbunden sind, da man mit vollem Recht die weitgehenden Verletzungen der Vagina und der Vulva, die mit der Kolpoperineorrhaphie einhergehen, fürchtet. Man sucht eben eine möglichst kleine Verletzung an einer relativ unempfindlichen Stelle der Vagina zu setzen, welche eine Narkose überflüssig macht und bei der Cocainanaesthesie ausreicht. Bei kräftigen, etwas jüngeren Individuen, bei klaffender Vagina, grossem schwerem Uterus und stark gedehnter hypertrophischer Vagina, macht man besser die sicher wirkende Kolpoperineorrhaphie. Auch die mannigfachen Beschwerden und Gefahren, die der Patientin durch den Prolaps erwachsen, indicieren in den meisten Fällen ein operatives Vorgehen wenigstens in allen älteren und ausgebildeteren Fällen, welche den Kranken den Lebensgenuss in hohem Grade verkümmern.

Ausnahmsweise findet man seltene Fälle, wo auch hochgradiger Prolaps mit unbegreiflicher Toleranz jahrelang getragen wird. Schon durch seine Grösse kann der

Vorfall in hohem Grade unbequem für seine Trägerin sein, und sie an den allereinfachsten Arbeiten auf rein mechanische Weise hindern. Ausserdem ist stets ein lästiges Ziehen und Drängen nach unten vorhanden, in den meisten Fällen verbunden mit Störungen der Functionen von Blase und Rectum. Lebensgefährlich kann der Vorfall dann werden, wenn der Prolaps durch Druck auf die Ureteren Harnstauung bedingt. Da häufig ein Teil der Blase mit der vorderen Vaginalwand eingestülpt erscheint und in Folge dessen eine vollständige Entleerung der Blase überhaupt nicht mehr stattfinden kann, entsteht bisweilen Zersetzung und Concrementbildung des Urins, Cystitis, eitrige Pyelonephritis, die in kurzer Zeit zum exitus führen kann. Zum Glück sind diese Fälle jedoch recht selten, da die Patientinnen abgesehen von jenen indolenten Personen sich zeitig ärztlicher Hülfe anvertrauen. Doch auch in den Fällen, bei denen nicht diese direkt das Leben bedrohenden Zustände bedingt werden, ist der Vorfall die Ursache mannigfacher Beschwerden. Sehr häufig entstehen durch Beschmutzung mit Fäces, Urin, Schweiss Erosionen und Excoriationen, Circulationsstörungen und Zerrung veranlassen oft tiefgehende Dehnungsgeschwüre, besonders in der Nähe des Muttermundes, die ihrerseits wieder zu hartnäckigen Katarrhen des Cervix und der Vagina Veranlassung geben. Aber auch auf die benachbarten Organe wirkt der Vorfall ein, durch Zerrung des peri- und parametranen Bindegewebes an den Ligamenten und Ovarien, und wird hierdurch Ursache mannigfacher Reizzustände, die nicht allein den Körper sondern auch die Psyche der Kranken in der heftigsten Weise alteriren. Kommen bei den eben geschilderten Beschwerden nicht Verhältnisse in Betracht die überhaupt jeden blutigen Eingriff verbieten, wie anderweitige Organerkrankungen, so ist die Kolporrhaphia mediana, vorausgesetzt, dass die Bedingungen vorliegen, welche überhaupt diese Operation in Frage kommen lassen, wegen der relativen Ungefährlichkeit

für die Patienten, der leichten Ausführung und des in fast allen Fällen sicheren Erfolges, unbedingt zu empfehlen.

Was nun die Ausführung der medianen Scheidennaht anlangt, so lagert man die Patientin am zweckmässigsten auf den Rücken mit mässig erhöhtem Oberkörper, abducirten und flectirten unteren Extremitäten. Nach genügender Desinfection der Hände, Instrumente und des Operationsfeldes, macht man sich die Scheide am besten durch ein rinnenförmiges Speculum zugänglich. Dann stellt man vor Allen noch genauer, einerseits bei vorgefallener, anderseits bei reponierter Gebärmutter ausgeführter Untersuchung des Zustandes der Sexualorgane, namentlich aber der vorderen und hinteren Vaginalwand, die Grösse und die Gestalt der von der Schleimhaut zu befreienden, mit anderen Worten der anzufrischenden Flächen auf den beiden Vaginalwänden fest; und umschreibt beide Flächen, nachdem man vorn und hinten eine Falte der Vaginalwand mit zwei Hakenzangen angespannt hat, durch leichtes Einschneiden der Schleimhaut mit einem spitzen Skalpell. Hierauf trägt man erst von der einen, dann von der anderen so umschriebenen Fläche, und zwar, wie es eben im einzelnen Falle am zweckmässigsten ist, in situ oder auch bei reponierter Gebärmutter, die Schleimhaut mit einem schmalen Skalpell und Zuhülfenahme einer anatomischen Pincette ab. Den beiden Anfrischungsflächen giebt man einen länglichen, an den schmaleren Enden abgerundete, unter Umständen ebenfalls auch eine völlig. eliptische Form. Die Breite der angefrischten Flächen beträgt 13--25 Millimeter, bei einer Länge von 4–5 cm

Was die Lage anbetrifft, die Neugebauer den beiden Anfrischungsflächen auf den Vaginalwänden ertheilte, so war dieselbe je nach den Umständen eine solche, dass entweder die Längsaxe des gesetzten Defects parallel der Axe der Vagina lief, oder auch senkrecht auf derselben stand. Selbstverständlich müssen die angefrischten Flächen genau einander gegenüber, und ihre Mittelpunkte in der

Sagittalebene der Vagina liegen. Wenn bei der Patientin besonders reichliche Secretion des Uterus oder des oberen Theiles der Vagina zu erwarten war, oder auch die Menses eventuell noch einmal eintreten konnten, so verlegte Neugebauer die Anfrischung mehr nach einer Seite hin, um auf der anderen Seite für den Abfluss der Secrete Raum zu schaffen.

Dasselbe erreichte Kaltenbach durch herabführen eines Drainrohres oder eines Gazestreifens. Der unterste Raum der Anfrischung befand sich nach Neugebauer mindestens 5 cm oberhalb des Vaginalostium.

Nachdem nun die Anfrischung in obiger Weise besorgt, vereinigt man die beiden angefrischten Flächen durch die Naht. Um nun zu bewirken, dass die Vagina nicht vollständig, auch an den Rändern, wo ja an jeder Seite ein Kanal gelassen wurde, zum Abfluss der Secrete, im Verlauf der Heilung zuwachse, ist es zweckmässig, bevor man näht, einen Streifen von Jodoformgaze hinter den obersten Rand des Defectes zu legen. Dieser Streifen muss so lang sein, dass er zu beiden Seiten der neu geschaffenen Gewebsmasse hervorragt, so dass man durch Zug an denselben leicht im Stande ist, beginnende Verklebungen mit den Seitenwänden der Vagina zu lösen.

Was das Material zur Naht anbetrifft, so ist es indifferent, ob man mit Seide oder Draht näht, letzteren, besonders Eisen-, Silber- oder Kupferdraht hält Neugebauer für besonders zweckmässig. Die einzelnen Nähte werden in einen Abstand von 8—10 mm gelegt. Nach einer Woche werden die Nähte wieder entfernt, und können die Kranken mit einer Dammbinde versehen das Bett wieder verlassen.

Nachdem bisher in kurzen Zügen die Bedingungen, Indicationen und Technik der medianen Vaginalnaht zusammengestellt wurden, soll jetzt ein Fall von descensus vaginae et uteri beschrieben werden, der im Februar 1892 in der Königlichen Universitäts-Frauenklinik zu

Halle a. S. zur Operation kam, und welcher in mehr wie einer Beziehung von gewissem Interesse ist.

Es handelt sich um die 23jährige unverehelichte Bertha H. Dieselbe hat nie geboren und giebt an, bis zum Jahre 1886 immer gesund gewesen zu sein. Ihr Körperbau ist kräftig und von mittlerer Grösse. Die Menstruation trat mit 14 Jahren ein, war regelmässig vierwöchentlich und stets von heftigen Schmerzen in beiden Seiten begleitet. Im Jahre 1886 bemerkte Patientin nach schwerem Heben einen Vorfall des Uterus. Bis zum Februar 89 ging sie trotzdem ihrer gewohnten Arbeit nach, um sich am 3. Februar in die Gynaekologische Klinik zu Halle aufnehmen zu lassen.

Bei der inneren und combinirten Untersuchung fand sich neben einer virginellen Portio von 3,5 cm Länge, der Muttermund in der Rima sichtbar, der verdickte Uterus sehr mobil, leicht zurückschiebbar, und in seinem Cavum um 2,5 cm vergrössert. Das rechte Ovarium war etwa hühnereigross, descendirt, leicht beweglich, das linke Ovarium erscheint dem palpierenden Finger knapp wallnussgross, platt, fest, mit Unebenheiten, ebenfalls descendirt und wie das rechte, ungefähr der Höhe des inneren Muttermundes entsprechend.

Am 13. II. 89 wurde die Laparotomie gemacht, die beiden cystisch entarteten Ovarien entfernt, und der Uterus an die vordere Bauchwand geheftet. Nach glatten Wundverlauf wurde die Patientin am 18. Tage nach der Operation mit einen leichten Prolaps der vorderen Vaginalwand entlassen. Im Februar 1892 bemerkte Patientin, dass der Vorfall der Scheidenwand wieder grösser geworden war, und dass sich die Gebärmutter gesenkt hatte. Da Patientin durch den Prolaps in hohem Grade bei ihrer Arbeit gehindert wurde, sie hatte schwere Landarbeit zu verrichten, begab sie sich wieder in die hiesige Frauenklinik. Bei der inneren und combinirten Untersuchung fand sich der Introitus und die Vagina sehr weit, die Wandungen der

Vagina waren sehr schlaff und die Schleimhaut glatt. Es bestand ein mässiger Prolaps der vorderen Vaginalwand mit descensus uteri. Die Portio war etwa von der Grösse einer Kleinfingerspitze, der Uterus 3 cm lang, fingerdick leicht abzutasten, und an keiner Stelle mehr der vorderen Bauchwand adhärent. Durch den geringsten Zug konnte der Uterus leicht bis vor den Introitus vaginae gezogen werden. Da hier die Bedingungen zur Kolporrhaphia mediana vorlagen, steril war die Patientin, da die cystisch entarteten Ovarien bei der vorhergehenden Operation entfernt waren, wurde die Operation in Narkose ausgeführt. Zum Zweck des Verschlusses der Vagina wurden aus ihrer vorderen und hinteren Wand Schleimhautlappen an genau gegenüber liegenden Stellen von der Gestalt eines Kreissegmentes, abpräpariert. Die Basis des Defectes wurde nach hinten, und die Peripherie nach vorne gelegt, und betrug die Länge der Basis 5 cm, die Höhe 4 cm. Zur Vernähung der beiden Basen aufeinander wurden Katgutknopfnähte, und zur Naht der Peripherieen Silberdraht gewählt.

Um den Secreten aus dem Uterus und dem oberen Teil der Vagina einen Abfluss zu ermöglichen, zog man durch die seitlichen Vaginalöffnungen einen Jodoformgazestreifen. Nach der Operation stellte es sich heraus, dass die Anfrischung etwas zu hoch gelegt war, es wurde daher prophylaktischer Weise zur Verengung des Introitus noch eine Kolpoperineorrhaphie angeschlossen. Die beiden hoch in die Vagina gesetzten Anfrischungen heilten gut, während die Kolpoperineorrhaphie nur teilweise zur Vereinigung gekommen war. Der Uterus ruhte vollständig auf der neu geschaffenen Gewebsbrücke und wurde Patientin nach 14 Tagen als geheilt entlassen. Bis jetzt, also ungefähr ein Jahr später, befindet sich die Patientin vollständig wohl, ihr früheres Leiden ist trotzdem sie ihre schwere körperliche Arbeit in vollem Masse wieder aufgenommen hat, nicht wieder gekehrt, und lässt sich mithin erwarten, dass die Heilung eine radicale und dauernde sein wird.

Möge es mir gestattet sein, noch einen Fall, der von L. A. Neugebauer im Jahre 81 operiert wurde, zu schildern. Patientin war 52 Jahre alt, stand daher im Gegensatz zu der vorigen, schon jenseits des Klimakterium und lag daher durchaus kein Bedenken gegen die Kolporrhaphia mediana vor. Seit ihrem 41. Jahre war die Patientin nicht mehr menstruiert, sie hatte in ihrem 18. Lebensjahre einmal geboren, den Prolaps jedoch nicht gleich post partum erworben, wenigstens nicht gleich bemerkt, sondern erst in ihrem 40 Lebensjahre. Während einer Zeit von 12 Jahren hatte sie den Prolaps getragen, ohne therapeutische Massnahmen gegen ihr Leiden in Anwendung zu bringen. In den letzten 3 Monaten hatte Patientin versucht, den Vorfall mit einem Hodgeschen Pessar zurückzuhalten. Bald jedoch legte sie das Pessar wieder ab, und sofort erschien der Vorfall wieder. Bei der Aufnahme der Patientin in das Warschauer Hospital lag der Vorfall in der Grösse eines halben Gänseeies vor der Rima vulvae, er liess sich leicht in das Becken zurückdrängen. Die Höhle der Gebärmutter mass 9 cm, der Damm war intact, ebenso die Wände der Vagina und die Vulva. Zur Beseitigung des Prolapses wurden aus dem Mediantheil der vorderen und hinteren Vaginalwand, Schleimhautlappen von 4 cm Länge und cr. 2 cm Breite, mit abgerundeten oberen und unteren Enden ausgeschnitten. Der unterste Rand der Anfrischung stand 3 cm oberhalb des Ostium vaginae. Die beiden angefrischten Flächen nähte Neugebauer mit Kupferdraht zusammen. Nach 14 Tagen wurden sämmtliche Nähte entfernt, und es fand sich, dass die beiden vernähten Flächen fest mit einander verwachsen waren. Bei der Digitaluntersuchung zeigte sich, dass der Scheidentheil der Gebärmutter auf der künstlich hergestellten Gewebsbrücke in der Vagina ruhte. Neugebauer hatte nach längerer Zeit Gelegenheit, die Patientin nochmals zu untersuchen, und konnte feststellen, dass die Sexualorgane noch in demselben Zustande waren, in dem sie bei der Entlassung aus der Klinik sich befunden hatten.

Demnach war nun auch hier die Heilung des Prolapses durch die mediane Scheidennaht eine radikale und dauernde.

Leider sind nun die Erfolge der Neugebauer'schen Operation nicht in allen Fällen so zufriedenstellend. Neugebauer erwähnt selbst einen Fall, in dem die Operation kaum irgend einen Erfolg hatte. Allerdings handelt es sich hierbei nicht um einen einfachen Prolaps Der Fall betraf eine 32 jährige Person, in deren umgestülpter und mit der Gebärmutter weit durch die Rima hervorhängender Vagina sich verschiedene Darmschlingen befanden. Gleichzeitig bestand noch bei angeborener Exstrophie der Harnblase eine bedeutende, etwa 3 cm betragende Diastase der Schambeine.

Trotzdem wurde auch hier in der beschriebenen Weise die Operation ausgeführt. Jedoch schon nach einer Woche hatten sich bei dieser Patientin die beiden angefrischten Flächen vollständig von einander abgelöst, und der Vorfall erschien nach einiger Zeit womöglich noch voluminöser als vordem, ein Beispiel, dass die Indication zur Kolporrhaphia mediana nicht zu weit ausgedehnt werden darf.

Auch von Spiegelberg in Breslau ist die mediane Scheidennaht in 4 Fällen in Anwendung gebracht worden, und teilt derselbe in der „Berliner klinischen Wochenschrift" kurz mit, dass in 3 Fällen der Erfolg ein vollständiger war, in einem Falle jedoch nicht die radikale Heilung des Prolapses erreicht worden sei. Spiegelberg wandte im Gegensatz zu Neugebauer die Kolporrhaphia mediana nur als unterstützende Operation bei der Scheidendammnaht an. Anstatt die Anfrischung in der oben beschriebenen Breite anzulegen, hatten die excidirten Schleimhautlappen nur eine so geringe Ausdehnung, dass an jeder Seite der Vagina noch reichlich Raum für einen Finger blieb. Bei den Fällen, die Spiegelberg nach längerer Zeit wieder zu untersuchen Gelegenheit hatte, konnte er

konstatiren, dass der äussere Muttermund nicht auf der neugeschaffenen Gewebsbrücke selbst ruhte, sondern nach einer Seite abgewichen war und sich durch die seitliche Öffnung vorgedrängt hatte. Ob Spiegelberg durch Freilassung der Seitentheile noch eventuelle Geburten oder Cohabitation ermöglichen wollte, geht aus seinen Mittheilungen nicht hervor. Ausserdem glaubte er, was uns jedenfalls höchst unwahrscheinlich erscheint, dass dieser doch immerhin erhebliche Scheidenverschluss kein grosses Geburtshinderniss abgeben würde, und giebt den Rath, die Gewebsmasse mit dem Messer zu trennen, falls dieselbe bei einer Geburt sich einmal hinderlich zeigen sollte. Dadurch würde dann der Erfolg, d. h. die Heilung des Prolapses doch wahrscheinlich illusorisch, und müsste man nach jeder Geburt die Operation wiederholen. Spiegelberg will aber auch, wie doch daraus hervorgeht, die Neugebauer'sche Operation in solchen Fällen angewendet wissen, wo die Frau in der Geschechtsblüthe steht, bei erhaltener facultas generandi. Jedenfalls jedoch liegt es im Interesse der Patientinnen, diese Fälle vollständig von der Neugebauer'schen Operation auszuschliessen und lieber eine der anderen Methoden zu wählen, da es sich doch kaum rechtfertigen lassen dürfte, einen physiologischen Vorgang, wie die Geburt, der in manchen Fällen schon Gefahren genug für Mutter und Kind mit sich bringt, auf künstliche Weise noch gefährlicher und ungünstiger zu gestalten.

Es scheint demnach aus dem Vorhergehenden zur Genüge hervorzugehen, dass man die Kolporrhaphia mediana nicht als eine Panacee für jeden Fall von Prolaps ansehen darf, sondern als eine nur ausnahmsweise durch bestimmte Bedingungen gerechtfertigte Operation.

Um den Erfolg der Neugebauer'schen Operation zu sichern muss man wie überhaupt bei der Wahl aller Operationen eklektisch verfahren, d. h. die Fälle auszuscheiden wissen, die durch complicirende ungünstige Verhältnisse einen negativen Erfolg versprechen.

Es muss natürlich in jedem Falle dem Gutdünken des Operateurs überlassen bleiben, ob er die mediane Scheidennaht zur Heilung des Prolapses für geeignet hält.

Im Falle, dass die Bedingungen für dieselbe vorliegen, welche unbedingt erforderlich sind, wie Klimakterium oder absolute Sterilität vor dem Klimakterium, wäre die Kolporrhaphia mediana immerhin der Aufmerksamkeit der Gynaekologen werth, wobei man ja in den verschiedenen Fällen noch eine Hülfsoperation, wie z B. Excision des Collum, oder Fixation des Cervix im Scheidengewölbe anschliessen könnte.

Besonders geeignet zur Ausführung der Operation erscheinen die Fälle, wo uncomplicirte Prolapse älterer Frauen, bei denen die senile Involution der Sexualorgane schon eingetreten ist, die eine operative Behandlung indiciren, einem praktischen Arzte zugehen, da die Technik der Operation eine einfache, die Gefahr für die Patientinnen eine geringe, und der Erfolg in den meisten Fällen ein durchaus befriedigender ist, um so mehr, als nicht einmal unbedingt eine Narkose erforderlich ist und sich daher ohne zahlreiche Assistenten auch in jenen Fällen operieren lässt, wo eine Narkose aus irgend welchen Gründen nicht anwendbar ist.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimen Medicinal-Rath, Professor Dr. *Kaltenbach*, für die Überweisung der Arbeit, sowie für die freundliche Unterstützung bei der Bearbeitung des Themas meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

1. Hegar und Kaltenbach, operative Gynaecologie.
2. Schröder, Lehrbuch der Geburtshülfe.
3. Prager Vierteljahrsschrift.
4. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaecologie.
5. Villaret, Handwörterbuch der gesammten Medizin.
6. Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Schroeder.

Lebenslauf.

Ich, Karl Friedrich Dullaeus, evangelischer Confession, wurde geboren an 17. August 1866 zu Rade, Rheinprovinz, als Sohn des Kaufmanns August Dullaeus.

Von Ostern 1877—79 besuchte ich die Rektorschule zu Lage in Lippe, und von Ostern 1879—88 das Gymnasium zu Soest, welches ich Ostern 1888 mit dem Zeugnis der Reife verliess, um mich dem Studium der Medicin zu widmen.

Mein erstes Semester studierte ich in Bonn, die folgenden drei in München, woselbst ich im Februar 1890 das tentamen physicum bestand.

Im Sommersemester 1890 bezog ich die Universität zu Kiel, im Wintersemester 90/91 die Universität Berlin, im Sommersemester 91 die hiesige Universität, um hier mein Studium zu vollenden.

Das Examen rigorosum bestand ich am 9. Januar 1893.

Meine akademischen Lehrer waren die Herren Professoren und Docenten:

Bonn:

Schaafhausen, Schieferdecker, Strassburger, Wallach.

München:

v. Baeyer, Hertwig, v. Kupffer, Lommel, Rüdinger, v. Voit.

Kiel:

Bier, Doehle, Flemming, Glaevecke, Heller, Hoppe-Seyler, Quincke, Petersen, Werth.

Berlin:

Hartmann, Levin, Moeli, Preyer, Strassmann, Virchow.

Halle:

Ackermann, v. Bramann, Bunge, Graefe, Harnack, Hitzig, Kaltenbach, Kromayer, v. Mering, Oberst, Pott, Renk, Schwartze, Weber.

Allen diesen hochverehrten Herren spreche ich an dieser Stelle meinen herzlichsten Dank aus.

Thesen.

I.

Eine radikale Heilung des Prolapses kann nur auf operativem Wege erfolgen.

II.

Blutungen aus Cervixrissen werden am zweckmässigsten durch die Naht gestillt.

III.

Die heisse gerbsaure Enteroklyse ist neben der Kalomelbehandlung nach den neuesten Erfahrungen die am meisten Erfolg versprechende Therapie der Cholera.





